

家族構成	ひとりぐらし	老人夫婦のみ	本人含む その他（ 人家族）
日中の介護者がいる	氏名	続柄	
日中の介護者がいない (認定調査に立ち 会える方の連絡先)	<ul style="list-style-type: none"> ・自宅に連絡を希望 ・勤務先に連絡を希望 ・携帯電話に連絡を希望 	時～ 時～ 時～	時ころ 時ころ 時ころ
8:30～17:00 の間に 連絡いたします	氏名 勤務先名	氏名	電話番号 電話番号

利用しているサービスに○印	サービス内容	利用施設・曜日等
	訪問介護（ホームヘルプサービス）	
	訪問入浴介護	
	訪問看護	
	通所サービス（デイサービス・デイケア）	
	短期入所（ショートステイ）	
	その他 （福祉用具の貸与・福祉用具の購入・住宅改修等）	
利用していない（理由		）

自宅付近の見取り図	自宅付近の略図及び目標物を記入してください
-----------	-----------------------